

Le « Vouloir-Devenir » Une Sito-Analyse Du Système-3AB Sanitaire Marocain en Situation de Changement

Sadika Lamaalam ¹, Kaoutar El Menzhi ²

¹ Intervenante en Développement et PhD Student à la Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales-Souissi, Université Mohamed V- Rabat, Maroc

² Professeur de l'Enseignement Supérieur à la Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales-Souissi, Université Mohamed V- Rabat, Maroc
Corresponding Author :Sadika Lamaalam

Résumé : Malgré tous les efforts consentis et les réformes successives qui visaient le renforcement de la confiance du citoyen marocain dans son système de santé et la recherche d'une plus grande efficacité, le développement du Système-3AB sanitaire marocain accuse toujours un retard flagrant.

En effet, le développement du Système-3AB sanitaire marocain est lié à une multitude de facteurs dont principalement le capital humain, qui reste l'élément moteur pour la réussite de tous projet de changement.

Cet état de fait nous a conduit à mener une « Intervention de Développement » afin de déterminer avec précision les conditions nécessaires pour réussir un projet de changement.

Mots clés : Sito-Analyse, Système-3AB, Intervention de Développement, Acteur de Changement, Engagement, Vouloir-Devenir.

Date of Submission: 25-10-2019

Date Of Acceptance: 10-11-2019

I. Introduction

Dans cet article, nous présentons la deuxième partie des résultats obtenus de notre étude sur le Système-3AB sanitaire marocain.

Dans la première partie de notre étude nous avons exploré de manière originale la question du **capital humain** en réalisant une Sito-Analyse du Système-3AB sanitaire marocain. Nous avons conclu que la « **Crise du capital humain** » est la cause principale de l'échec répété des différents projets de développement du secteur sanitaire ; et que l'amélioration de la performance de ce secteur est tributaire principalement de la **valorisation du capital humain** et ce à travers **l'enseignement moral et civique, la formation professionnelle et la reconnaissance de la compétence professionnelle**.

Dans cette deuxième partie de notre étude, nous jetons un nouveau regard sur le comportement et l'action des acteurs en situation de changement dans un Système-3AB.

En effet, la question du changement fait encore l'objet d'un débat récurrent aussi bien dans l'opinion publique qu'entre théoriciens et praticiens.

Bien que la problématique du changement des organisations et des sociétés en général peut vêtir une panoplie de significations et de controverses, **le changement a toujours été synonyme de développement** puisqu'il oblige les différents acteurs à évoluer sous la pression de nouveaux enjeux et de nouvelles priorités.

Ainsi, le Système-3AB sanitaire marocain est aujourd'hui confrontée à des exigences croissantes en matière de performance et de qualité.

Malgré tous les efforts consentis et les réformes successives qui visaient le renforcement de la confiance du citoyen marocain dans son système de santé et la recherche d'une plus grande efficacité, le développement du secteur sanitaire marocain accuse toujours un retard flagrant.

Le développement du Système-3AB sanitaire marocain est donc lié à une multitude de facteurs dont principalement le capital humain qui reste l'élément moteur pour la réussite de tous projet de changement.

Cet état de fait nous a conduit à mener une « Intervention de Développement » afin de déterminer avec précision les conditions nécessaires pour réussir un projet de changement.

II. Méthodologie de l'étude

❖ La méthode « Sito-Analyse »

La perspective d'analyse du changement retenue pour notre étude s'appuie sur la méthode « Sito-Analyse » dont nous avons présenté les principes conducteurs dans la première partie de notre étude intitulée « Sito-Analyse Des Systèmes-3AB : Cas Du Système Sanitaire Marocain » (Sadika Lamaalam et Kaoutar El Menzhi, 2019).

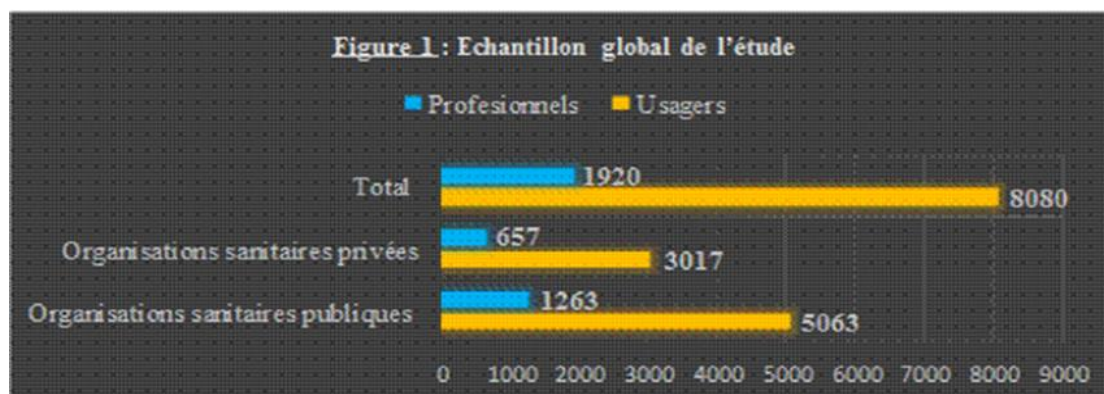
❖ Echantillon de l'étude

L'étude a été réalisée auprès de 10 000 usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées au niveau de la Région Rabat-Salé-Kénitra, durant la période 2012-2018 (7 ans), dont 8080 usagers et 1920 professionnels, présentés ainsi (Tableau1/Figure1) :

Tableau 1 : Echantillon global de l'étude

	Organisations sanitaires Publiques			Organisations sanitaires Privées			Total
	Réponses	Non-Réponses	Total	Réponses	Non-Réponses	Total	
Usagers	5000	63	5063	3000	17	3017	8080
Professionnels	1050	213	1263	325	332	657	1920
• Médecins	200	31	231	100	26	126	357
• Internes et Résidents	400	67	467	0	0	0	467
• Personnel paramédical	300	53	353	150	127	277	630
• Personnel administratif	150	62	212	75	179	254	466
Total	6050	276	6326	3325	349	3674	10000

Source : Tableau établi par nos soins.



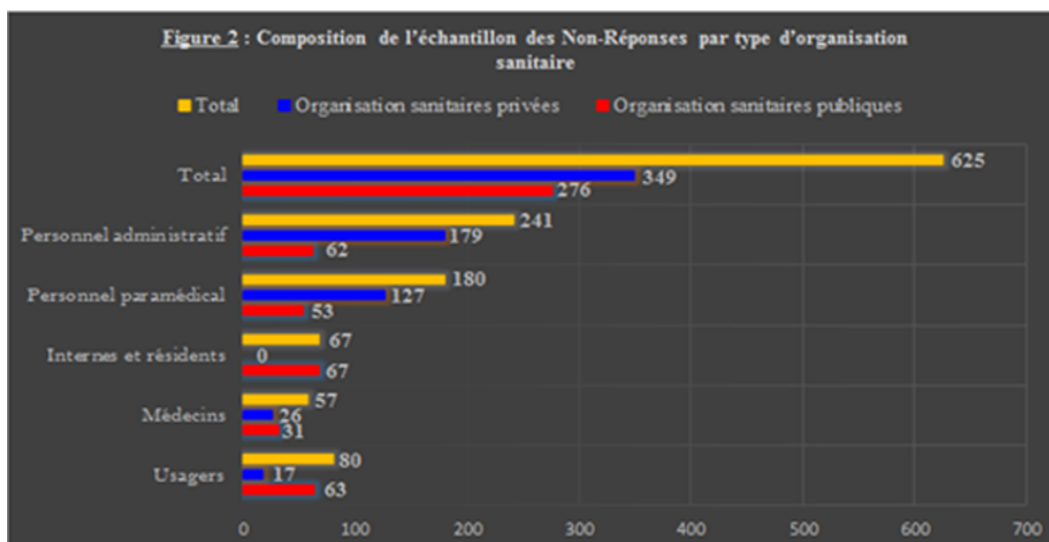
Source : Schéma établi par nos soins.

L'exploitation des questionnaires a donné lieu à un taux de réponse de 94% soit 9375 usagers et professionnels et par la suite à un taux de non réponse de 6% soit 625 usagers et professionnels.

Toutefois, le taux de non réponse s'explique par :

- La réticence et la méfiance de certains interlocuteurs ;
- La confidentialité des informations ;
- Le risque de licenciement, de sanction et de vengeance ;
- La non disponibilité de nos interlocuteurs ;
- Le doute sur la sincérité et l'intérêt qu'accorde le gouvernement à ces études ;
- La crise de confiance qui existe entre usagers/professionnels et responsables étatiques.

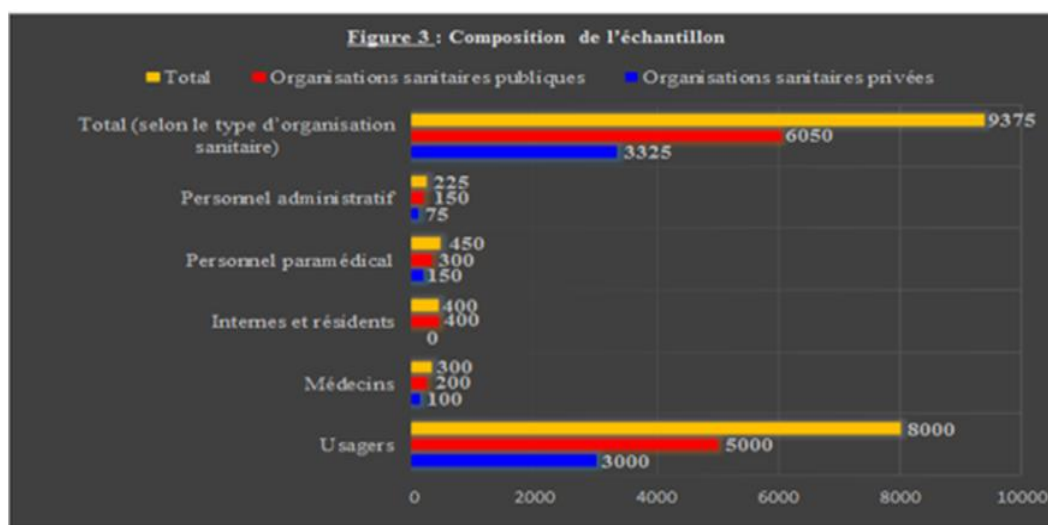
Ce taux de non réponse était plus important chez les professionnels notamment ceux qui travaillent dans des organisations sanitaires privées (Figure2).



Source : Schéma établi par nos soins.

Vu que l'impact des non réponses sur la fiabilité et la validité de l'étude est trop faible, nous n'avons pas procédé à un ajustement à travers les méthodes de correction de la non-réponse. Nous nous sommes limités donc à l'analyse des données relatives aux 9375 usagers et professionnels qui ont accepté de participer à l'étude, dont 8000 usagers (soit 85%) et 1375 professionnels (soit 15%).

L'échantillon des usagers et professionnels qui ont accepté de participer à cette étude, selon le type d'organisation sanitaire, se compose ainsi (Figure 3) :



Source : Schéma établi par nos soins.

Au total, 9375 usagers et professionnels interrogés ont répondu, dont 65% (n = 6050) usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et 35% (n = 3325) des organisations sanitaires privées.

Les taux de réponses des usagers selon le type d'organisation sanitaire fréquentée étaient de 62% (n = 5000) chez les usagers des organisations sanitaires publiques et de 38% (n = 3000) chez les usagers des organisations sanitaires privées.

La répartition des 1375 professionnels répondants selon le type d'organisation sanitaire était la suivante : 1050 professionnels travaillant dans des organisations sanitaires publiques (soit 76%) et 325 professionnels travaillant dans des organisations sanitaires privées (soit 24%).

Les taux de réponses selon les différentes catégories de professionnels des organisations sanitaires publiques étaient de 19% chez les médecins (n = 200), de 38% chez les internes et résidents (n = 400), de 29% chez le personnel paramédical (n = 300) et de 14% chez le personnel administratif (n = 150).

Pour les organisations sanitaires publiques, les taux de réponses selon les différentes catégories de professionnels étaient de 31% chez les médecins (n = 100), de 46% chez le personnel paramédical (n = 150) et de

23% chez le personnel administratif (n = 75). Signalant que nous n'avons rencontré aucun interne ou résident dans les organisations sanitaires privées lors de la réalisation de notre étude.

Le tableau suivant (Tableau 2) résume la méthodologie de recherche que nous avons utilisée dans cette étude : **Sito-Analyse du Système-3AB sanitaire marocain en situation de changement.**

Tableau 2 : Sito-Analyse du Système-3AB sanitaire marocain en situation de changement				
Sito-Analyse		Objectifs	Echantillon	Méthode
Analyse générale de la situation	Analyse de l'Évaluation de la satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la satisfaction des projets de changement, lancés par les pouvoirs publics, visant le développement du secteur sanitaire ; - Typologie de résistance au changement des marocains face aux nouveaux projets ; - Sources de résistance au changement des marocains ; - Critère déterminant dans le choix d'un acteur de changement ; - Engagement des marocains dans un nouveau projet de changement innovant visant le développement non seulement du secteur sanitaire mais du Maroc dans sa globalité. 	•10 000 Usagers et Professionnels	-Triangulation - Grille "Sito-Analyse"
	Analyse Organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse globale de l'existant - Satisfaction des Usagers des services fournis par les organisations sanitaires marocaines ; - Satisfaction des Professionnels de santé des conditions de travail dans les organisations sanitaires marocaines ; - Identifications des principaux dysfonctionnements qui entravent le bon fonctionnement des organisations sanitaires étudiées. • Intervention de Développement - Amélioration des processus ; - Amélioration du fonctionnement des acteurs. 	3 Organisations Sanitaires : •150 Usagers •13 Professionnels	
Analyse de la typologie d'Acteur et les compétences clés de chaque type d'Acteur	<ul style="list-style-type: none"> - Typologie des Usagers et Professionnels : Eco-Acteur, Hypo-Acteur et Sito-Acteur ; - Compétences clés de chaque type d'Acteur (Savoir, Savoir-Faire, Savoir-Etre, Savoir-Agir) ; - Evolution des compétences des acteurs après intervention. 			
Analyse des Logiques d'Action des différents acteurs du Système-3AB	<ul style="list-style-type: none"> - Logique d'action de chaque type d'Acteur en situation de changement ; - Résistance et Adaptation au changement ; - Type de Relations et de Stratégies des acteurs dans un Système-3AB sanitaire en situation de changement. 			

Source : Tableau établi par nos soins.

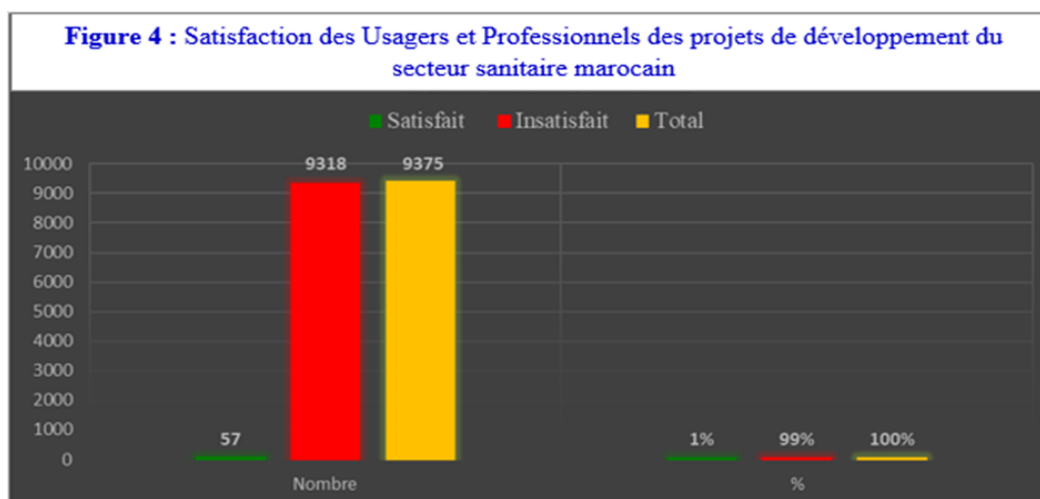
III. Résultats de la Sito-Analyse Du Système-3AB Sanitaire Marocain en Situation de Changement

❖ Résultats de l'Analyse générale de la situation

➤ Résultats de l'analyse de l'évaluation la satisfaction des usagers et professionnels des projets de développement du secteur sanitaire

L'évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des systèmes sanitaires est une composante importante de l'évaluation de l'efficacité de l'action publique.

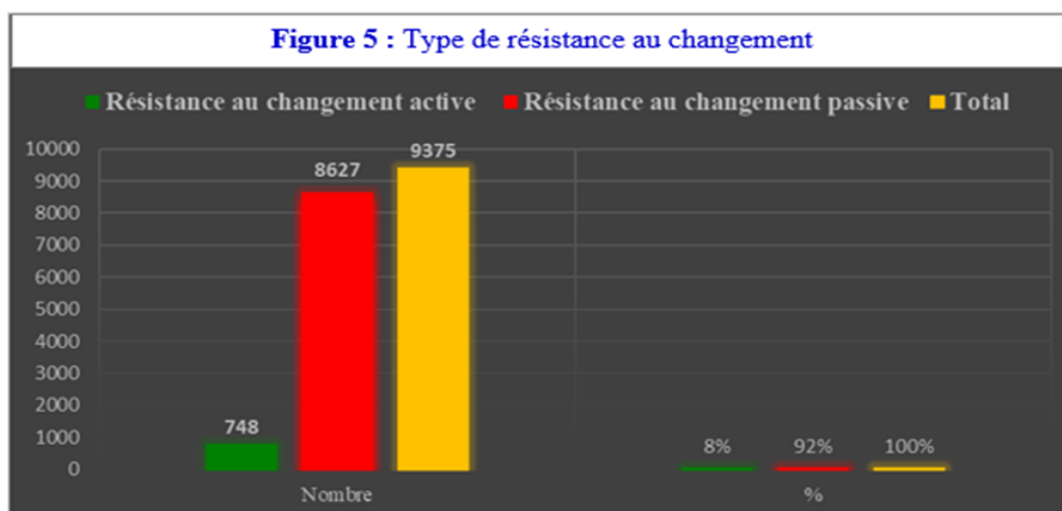
Ainsi, notre évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels du secteur sanitaire marocain a fait apparaître que 99% (n = 9318) sont insatisfaits des projets de développement du secteur sanitaire marocain, alors qu'uniquement 1% (n = 57) des usagers et professionnels sont satisfaits de ces différents projets lancés par les pouvoirs publics (Figure 4).



Source : Schéma établi par nos soins.

En effet, même si certains interlocuteurs insatisfaits ont choisi de nous répondre en nous posons une série de questions : *De quoi parlez-vous ? Qu'est-ce qu'un projet de changement ? Est ce qu'il y a vraiment des projets de changement au Maroc ?* D'autres, pensent que les projets de développement du secteur sanitaire sont des sources de surcoûts inutiles et une perte de temps et d'énergie significative, et que les responsables étatiques devraient se concentrer en priorité sur l'accomplissement de leurs obligations envers les citoyens.

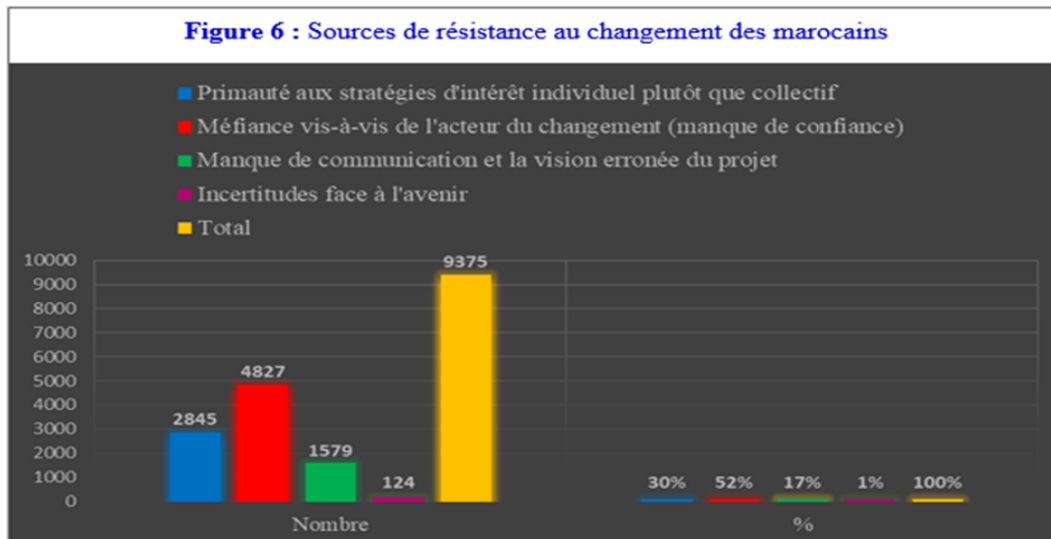
Dans cette perspective, 8% (n = 748) uniquement des usagers et professionnels du système sanitaire marocain pensent que la résistance au changement des marocains face aux nouveaux projets de changement lancés par les pouvoirs publics est de type actif. Néanmoins, 92% (n = 8627) des usagers et professionnels pensent que la résistance au changement des marocains est de type passif (Figure 5).



Source : Schéma établi par nos soins.

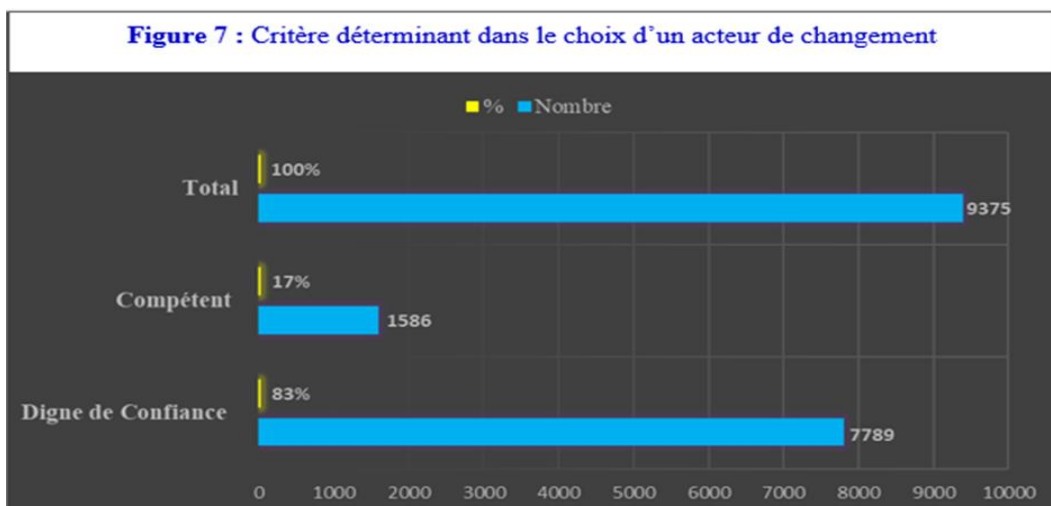
Ainsi, parmi l'ensemble des sources de résistance au changement, la « *Méfiance vis-à-vis de l'acteur du changement (manque de confiance)* » est le plus important facteur explicatif de la résistance au changement des usagers et professionnels de santé avec un pourcentage de 52% (n = 4827) (Figure 6). Pour les autres sources de résistance au changement, le pourcentage était respectivement de :

- ✓ 30 % (n = 2845) : « *Primauté aux stratégies d'intérêt individuel plutôt que collectif* » ;
- ✓ 17 % (n = 1579) : « *Le manque de communication et la vision erronée du projet* » ;
- ✓ 1 % (n = 124) : « *Incertitudes face à l'avenir* ».



Source : Schéma établi par nos soins.

Ce faisant, 7789 (soit 83%) usagers et professionnels du système sanitaire marocain pensent que la priorité doit être accordée à un acteur de changement « *Digne de Confiance* », alors qu'uniquement 1586 (soit 17%) usagers et professionnels pensent que la « *Compétence* » est le critère le plus déterminant dans le choix d'un acteur de changement (Figure 7).

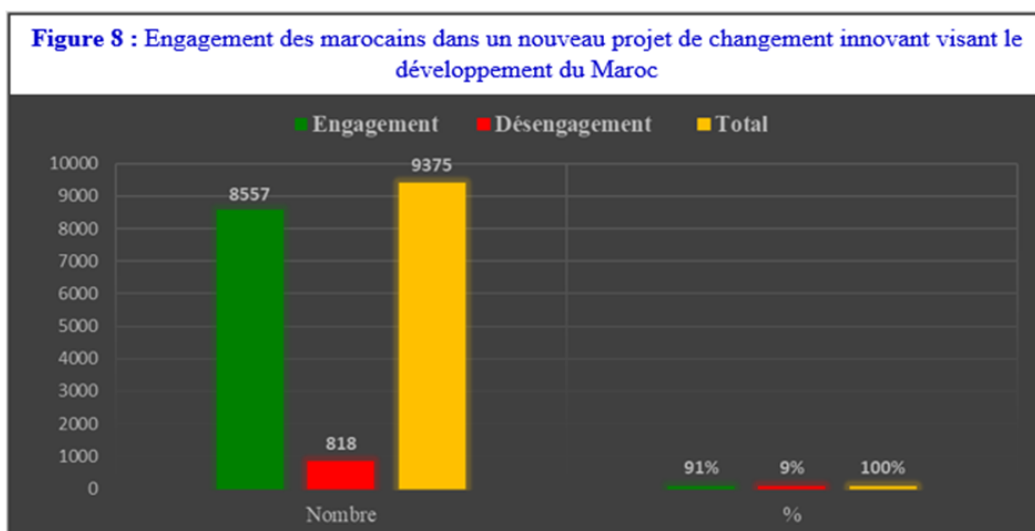


Source : Schéma établi par nos soins.

En fait, l'un de nos interlocuteurs nous a dit que « *Les marocains sont déçus, aucun projet n'a réussi. Nous ne ferons certainement plus confiance aux responsables étatiques qui, en se servant de leurs compétences, cherchent uniquement leurs intérêts individuels plutôt que l'intérêt collectif. Ainsi, je pense que la priorité doit être accordée à un acteur de changement « Digne de Confiance », même s'il est moins compétent, puisqu'il fera de son mieux pour être à la hauteur des attentes des citoyens marocains* ».

De même, l'analyse des réponses à la question « *Si l'Etat décide de changer ses politiques en s'engageant dans un nouveau projet de changement innovant visant le développement non seulement du secteur sanitaire mais du Maroc dans sa globalité, pensez-vous que les marocains s'engageront activement dans ce projet ?* », a fait apparaître que 9% (n = 818) uniquement des usagers et professionnels pensent que les marocains ne s'engageront jamais dans les projets de changement lancés par les pouvoirs publics.

Par ailleurs, 91% (n = 8557) des usagers et professionnels pensent que les marocains s'engageront activement dans les projets de changement visant le développement du Maroc dans sa globalité (Figure 8). L'un de ces interlocuteurs a argumenté sa réponse en disant que « *Si l'Etat change ses politiques et implique réellement les citoyens dans des projets de développement visant une vie future faite de dignité, je suis sûr que la grande majorité des marocains seront prêt non seulement à s'impliquer dans ces projets mais également à se sacrifier pour servir leur pays. Nous sommes avant tout des marocains et nous espérons tous un meilleur avenir pour notre Maroc* ».



Source : Schéma établi par nos soins.

❖ Résultats de l'analyse organisationnelle

Afin de réaliser une étude approfondie et mûrie sur les conditions nécessaires pour réussir un projet de changement dans un Système-3AB, nous avons décidé de mener une « **Intervention de Développement** » au niveau de trois organisations sanitaires privées marocaines gérées respectivement par un : Médecin Sito-Manager, Médecin Hypo-Manager et Médecin Eco-Manager (Tableau 3).

Rappelons que dans la première partie de notre étude nous avons démontré que les organisations sanitaires privées sont gérées de la même façon que les organisations sanitaires publiques et que le style de management des Médecins Managers (Eco-Managers, Sito-Managers et Hypo-Managers) des organisations sanitaires publiques est le même que celui des Médecins Managers (Eco-Managers, Sito-Managers et Hypo-Managers) des organisations sanitaires privées.

Tableau 3 : Composition de l'Echantillon des trois organisations sanitaires privées

	« Médecin Sito-Manager »	« Médecin Hypo-Manager »	« Médecin Eco-Manager »	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Usagers	50	50	50	150
Professionnels	5	4	4	13
• Médecin	1	1	1	3
• Personnel	4	3	3	10
➤ Secrétaire	2	1	1	4
➤ Infirmière	1	1	1	3
➤ Femme de ménage	1	1	1	3
Total	55	54	54	163

Source : Tableau établi par nos soins.

Notre intervention, était donc à la fois imbriquée et contrastée puisque les différents acteurs (Usagers et Professionnels : Médecins, Secrétaire, Infirmière, Femme de Ménage) qui ont participé à l'étude sont de type : Sito-Acteur, Hypo-Acteur et Eco-Acteur.

Cette intervention avait deux finalités :

- Réaliser des changements axés sur l'amélioration du fonctionnement des organisations sanitaires étudiées ;
- Analyser le comportement et l'action des acteurs en situation de changement.

Ce faisant, dans chacun des trois cas nous avons réalisé d'une part une **Analyse globale de l'existant** et d'autre part une **Conduite de changement**. Les différents résultats obtenus, par recoupement et confrontation des données, peuvent se présenter ainsi :

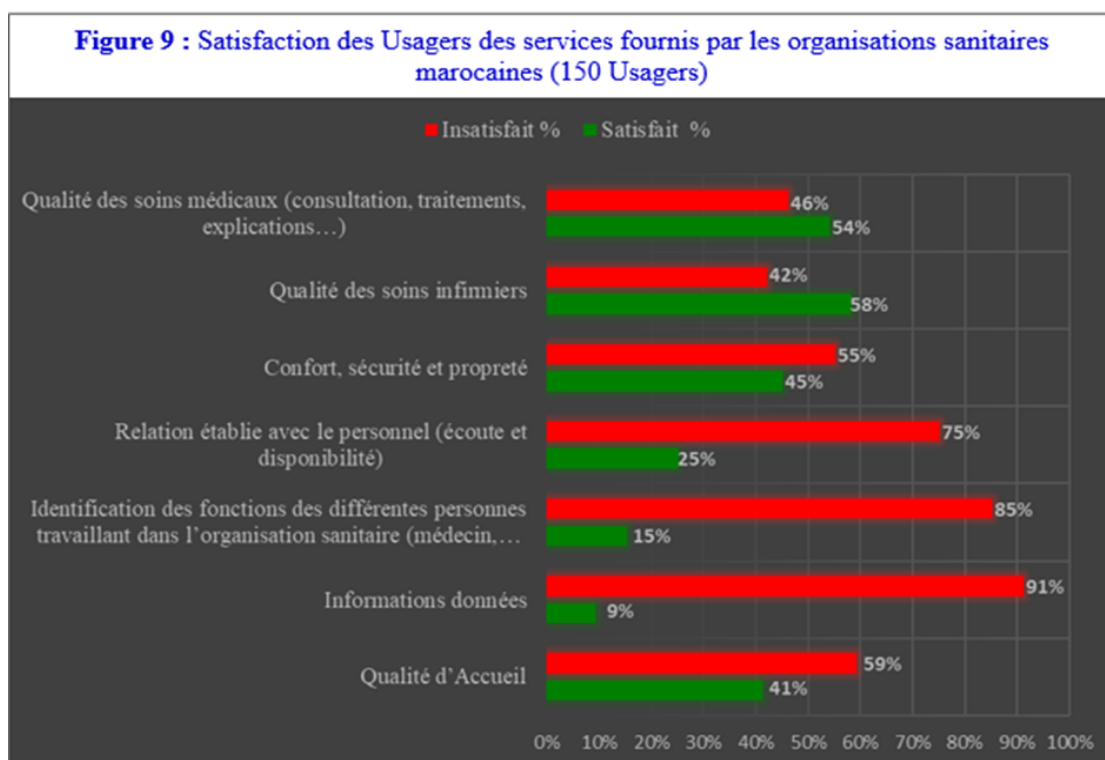
• **Analyse globale de l'existant**

L'évaluation de la satisfaction des Usagers des différents services fournis par les trois organisations sanitaires marocaines a fait apparaître que la « *Qualité des soins infirmiers* » obtient le meilleur pourcentage de satisfaction avec 58% soit 87 usagers satisfaits. Par ailleurs, « *Informations données* » obtient le pourcentage le plus élevé d'insatisfaction avec 91% soit 137 usagers insatisfaits.

L'un de ces usagers insatisfaits nous a dit que : « *J'ai 70 ans et je souffre de différentes maladies chroniques, j'ai consulté tellement de médecins des deux secteurs public et privé, que je ne les compte plus. Jusqu'à maintenant aucun d'entre eux ne m'a donné des explications claires et simples sur mon état de santé. Toujours l'information donnée est insuffisante pour que je comprenne mon état de santé ; et lorsque je leurs demande des explications, les réponses sont toujours les mêmes « vous n'êtes pas médecin, même si je vous explique vous n'allez rien comprendre » ou bien « si je vous explique vous allez vous stresser, donc fait-moi confiance je sais très bien ce qu'il faut faire ».* Cela est vraiment très décevant ».

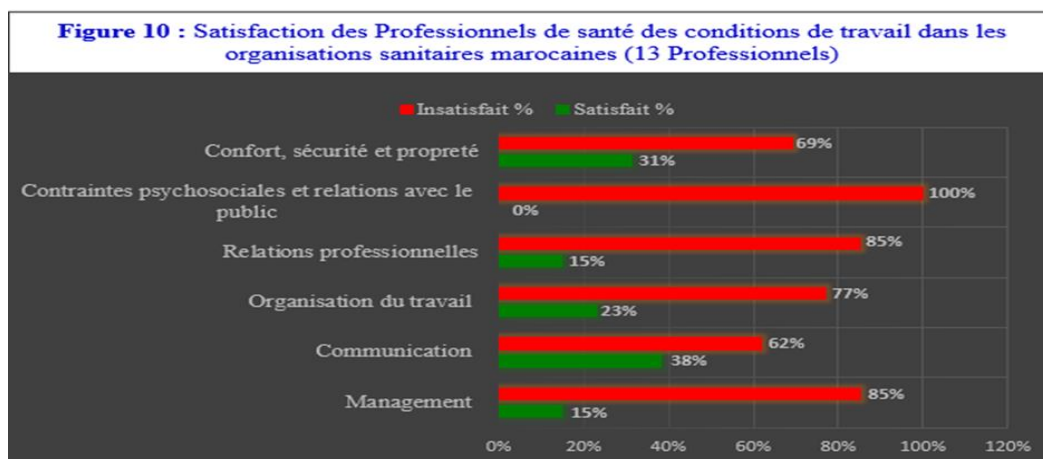
Ainsi, nous présentons ci-dessous les effectifs et pourcentages détaillés des résultats obtenus (Figure9) :

- ❖ **Qualité d'Accueil** : 62 usagers (soit 41%) satisfaits / 88 usagers (soit 59%) insatisfaits ;
- ❖ **Informations données** : 13 usagers (soit 9%) satisfaits / 137 usagers (soit 91%) insatisfaits ;
- ❖ **Identification des fonctions des différentes personnes travaillant dans l'organisation sanitaire (médecin, infirmière, secrétaire, ...)** : 22 usagers (soit 15%) satisfaits / 128 usagers (soit 85%) insatisfaits ;
- ❖ **Relation établie avec le personnel (écoute et disponibilité)** : 37 usagers (soit 25%) satisfaits / 113 usagers (soit 75%) insatisfaits ;
- ❖ **Confort, sécurité et propreté** : 67 usagers (soit 45%) satisfaits / 83 usagers (soit 55%) insatisfaits ;
- ❖ **Qualité des soins infirmiers** : 87 usagers (soit 58%) satisfaits / 63 usagers (soit 42%) insatisfaits ;
- ❖ **Qualité des soins médicaux (consultation, traitements, explications...)** : 81 usagers (soit 54%) satisfaits / 69 usagers (soit 46%) insatisfaits.



Source : Schéma établi par nos soins.

De même, dans la figure suivante, nous présentons les résultats obtenus de l'évaluation de la satisfaction des Professionnels de santé des conditions de travail dans les organisations sanitaires marocaines.



Source : Schéma établi par nos soins.

En effet, tel qu'illustré à la figure 10, la « Communication » obtient le meilleur pourcentage de satisfaction avec 38% soit 5 professionnels satisfaits. Par ailleurs, la totalité des professionnels sont insatisfaits de leur « relation avec les usagers ». L'un des professionnels insatisfaits nous a dit que « Quel que soit le problème, la faute incombe toujours au personnel. Nous n'avons pas une relation de qualité avec les usagers. Chaque jour nous sommes obligés de faire face à des usagers en colère et très agressifs. En fait, la mauvaise réputation du personnel des organisations sanitaires, les mauvaises expériences des usagers, la corruption, l'inégalité de traitement, la distinction entre les patients selon la classe et la position sociale, le mépris des usagers sont autant de facteurs qui favorisent le manque de confiance entre personnels et usagers. Cette situation engendre un climat de tension et de stress extrême ».

Ainsi, nous présentons ci-dessous les effectifs et pourcentages détaillés des résultats obtenus :

- ❖ **Management** : 2 professionnels (soit 15%) satisfaits / 11 professionnels (soit 85%) insatisfaits ;
- ❖ **Communication** : 5 professionnels (soit 38%) satisfaits / 8 professionnels (soit 62%) insatisfaits ;
- ❖ **Organisation du travail** : 3 professionnels (soit 23%) satisfaits / 10 professionnels (soit 77%) insatisfaits ;
- ❖ **Relations professionnelles** : 2 professionnels (soit 15%) satisfaits / 11 professionnels (soit 85%) insatisfaits ;
- ❖ **Contraintes psychosociales et relations avec le public** : Aucun professionnels (soit 0%) satisfaits / 13 professionnels (soit 100%) insatisfaits ;
- ❖ **Confort, sécurité et propreté** : 4 professionnels (soit 31%) satisfaits / 9 professionnels (soit 69%) insatisfaits.

Dans cette perspective, nous avons regroupé l'ensemble des dysfonctionnements que nous avons constaté et que les différents acteurs ont cité, selon 6 thèmes (Tableau 4 et Tableau 5, Tableau 6).

Tableau 4 : Dysfonctionnements par thèmes	
Dysfonctionnements	Nombre (%)
Pratiques managériales	23 (37%)
➤ Direction	10
➤ Gestion	8
➤ Relation professionnelle	5
Activité Administrative	7 (11%)
➤ Accueil	1
➤ Procédure administrative	2
➤ Programmation	3
➤ Traitement de l'information	1
Environnement physique et technique	9 (15%)
➤ Condition de travail	5
➤ Service technique	2
➤ Sécurité	1
➤ Hygiène	1
Prestation de soins de santé	11 (18%)
➤ Activité médicale, paramédicale et chirurgicale	4
➤ Pharmacie	7
Formation et recherche scientifique	0 (0%)
Ethique professionnelle	12 (19%)
➤ Attitude morale	5
➤ Attitude professionnelle	7
Total des dysfonctionnements dans les organisations sanitaires	62

Source : Tableau établi par nos soins.

Tableau 5 : Dysfonctionnements par thèmes cités par les usagers et professionnels des organisations sanitaires étudiées	
Dysfonctionnements liés aux pratiques managériales	
Direction	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incompétence managériale 2. Management peu participatif, autoritaire et déficient <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une stratégie globale de développement • Autonomie trop importante du médecin • Absence de répartition claire des pouvoirs et des responsabilités (Manque d'organigramme) • Incapacité à déléguer • Absence de toutes disciplines et d'autorité hiérarchique • Abus de pouvoir 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Absence d'enquête de satisfaction 5. Résistance au changement 6. Possibilités insuffisantes de développement professionnel (formation, stages...) <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'implication du personnel dans la Stratégie • Injustice par rapport aux salaires • Mauvais recrutement 7. Absence de référentiel 8. Absence de règlement intérieur 9. Absence de couverture sociale 10. Taux d'imposition trop élevé
Gestion	
<ol style="list-style-type: none"> 11. Manque d'autonomie du personnel et besoin de validation 12. Absence de réunions de suivi et de contrôle <ul style="list-style-type: none"> • Absence de supervision • Absence d'une évaluation périodique de la qualité des soins et services • Absence de contrôle sur la répartition et la planification des activités 13. Des procédures et des outils de travail inadaptés 14. Perte de temps en bavardages stériles et en occupations inutiles 15. Usage massif de téléphone portable en présence des patients 	<ol style="list-style-type: none"> 16. Imprécision des missions confiées <ul style="list-style-type: none"> • Absence de formalisation écrite et connue sur les rôles et missions de chacun • Glissement des fonctions et aménagement à l'amiable 17. Organisation des horaires de travail insatisfaisante <ul style="list-style-type: none"> • Inadaptation des horaires de travail aux rythmes biologiques, à la vie sociale et familiale • Non-respect des horaires de travail en vigueur 18. Rotation du personnel « Turn-over »
Relation professionnelle	
<ol style="list-style-type: none"> 19. Déficiences au niveau des relations interpersonnelles : mécontentement, jalousie, conflit, stress, harcèlement 20. Climat de tension, manque d'écoute, d'esprit d'équipe et de convivialité <ul style="list-style-type: none"> • Absence de prise d'initiative • Personnels démotivés 21. Mauvaise gestion de conflits <ul style="list-style-type: none"> • Absence de preuves en cas de conflit 	<ol style="list-style-type: none"> 22. Manque de cohésion interne <ul style="list-style-type: none"> • Communication, coordination et coopération défaillante • Primauté aux intérêts personnels • Absence ou faible reconnaissance du travail accompli 23. Non information de l'incompétence, la défaillance et la mauvaise conduite des collègues
Dysfonctionnements liés à l'activité administrative	
Accueil	Procédure administrative
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mauvais accueil et orientation <ul style="list-style-type: none"> • Communication insuffisante avec les usagers • Problème de communication (langue et langage) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Non-respect de l'ordre des patients (consultation) 3. Impaiement des frais de soins par certains patients
Programmation	Traitement de l'information
<ol style="list-style-type: none"> 4. Mauvaise programmation et gestion de rendez-vous 5. Non-respect de la programmation des activités 6. Changement de programmation sans information (non information des patients en cas d'absence imprévue du médecin ou de défaillance) 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Manque d'informations médicales

Source : Tableau établi par nos soins.

Tableau 6 : Dysfonctionnements par thèmes cités par les usagers et professionnels des organisations sanitaires étudiées	
Dysfonctionnements liés à l'environnement physique et technique	
Condition de travail	Service technique
<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence d'uniforme-Patient 2. Absence d'uniforme et des badges pour le personnel 3. Dégradation des conditions de travail <ul style="list-style-type: none"> • Nuisances physiques au poste de travail (bruit, chaleur, humidité...) • Absence d'espace privé réservé au personnel • Agencement des locaux inadapté • Mauvaise conception des lieux (manque d'espace, éclairage inadapté...) 4. Locaux et salles d'attente encombrés 5. Problèmes d'accessibilités aux soins pour les personnes handicapées et dépendantes 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Absence d'un système d'aération et de ventilation des salles de consultation 7. Absence d'équipements médicaux dans les chambres
Sécurité	Hygiène
<ol style="list-style-type: none"> 8. Absence d'une liste de consignes de sécurité et d'évacuation 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Mauvaise gestion des déchets médicaux
Dysfonctionnements liés aux prestations de soins de santé	
Activité médicale, paramédicale et chirurgicale	Pharmacie
<ol style="list-style-type: none"> 1. Risques médicaux 2. Incompétence (personnel médical, paramédical et administratif) 3. Qualité de services médicaux et chirurgicaux insatisfaisante <ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps pour les soins • Mauvaise qualité des soins • Absence de suivi médical • Traitement inutile ou inapproprié • Erreurs et fautes médicales 4. Désaccord sur le diagnostic et les options de traitement entre les différents soignants 	<ol style="list-style-type: none"> 5. L'indisponibilité de certains médicaments 6. Condition de stockage non respectées <ul style="list-style-type: none"> • Problème de conservation de médicaments • Entassements des médicaments • Absence de classification • Absence d'étiquetage • Etiquetage défectueux 7. Rupture de stocks pour les divers fournitures et consommables (coton, fils, pansement ...) 8. Existence de médicaments périmés 9. Mauvaise destruction des médicaments périmés ou non utilisable 10. Gaspillage 11. Obliger les patients à se diriger vers des
Dysfonctionnements liés à l'éthique professionnelle	
Attitude morale	Attitude professionnelle
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque de savoir-être 2. Omission et négligence 3. Absence de tout acte d'abnégation et de compassion 4. Distinction entre les patients selon la classe et la position sociale <ul style="list-style-type: none"> • Inégalité de traitement des citoyens • Discrimination • Mépris des citoyens 5. Anxiété et manque de soutien psychologique 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Mauvaise réputation des organisations sanitaires 7. Personnel médical, paramédical et administratif matérialiste 8. Manque de respect mutuel entre les citoyens et le personnel en général 9. Absence de climat de confiance mutuelle entre le patient et le personnel de l'organisation sanitaire 10. Corruption 11. Le personnel manque à son devoir de conseil et de renseignement envers les patients 12. Non-respect du droit du patient à la connaissance et à la prise de décision au sujet des soins de santé le concernant

Source : Tableau établi par nos soins.

Comme nous l'avons signalé auparavant dans la première partie de notre étude, la majorité des dysfonctionnements du secteur sanitaire sont liés principalement aux pratiques managériales.

Ainsi, dans cette deuxième partie de notre étude, nous avons conclu également que les dysfonctionnements les plus détectés, au niveau des trois organisations sanitaires étudiées, sont liés directement aux pratiques managériales avec un pourcentage de 37% (n = 23), suivi par les dysfonctionnements liés à l'éthique professionnelle avec un pourcentage de 19% (n = 12).

• Conduite de changement

L'analyse globale de l'existant, que nous avons réalisée, nous a permis d'identifier les différentes anomalies qui empêchent l'organisation sanitaire marocaine de réaliser ses objectifs.

Ce faisant, dans la deuxième phase de notre intervention, nous avons essayé de mettre en place des solutions qui permettront de résoudre les différents problèmes que pose la complexité des organisations sanitaires marocaines.

En effet, le changement peut prendre plusieurs formes et peut vêtir plusieurs natures selon son étendue, sa profondeur et son rythme. De ce fait, nous avons opté pour une approche participative afin de trouver des solutions novatrices aux problèmes auxquels se heurte l'organisation sanitaire marocaine.

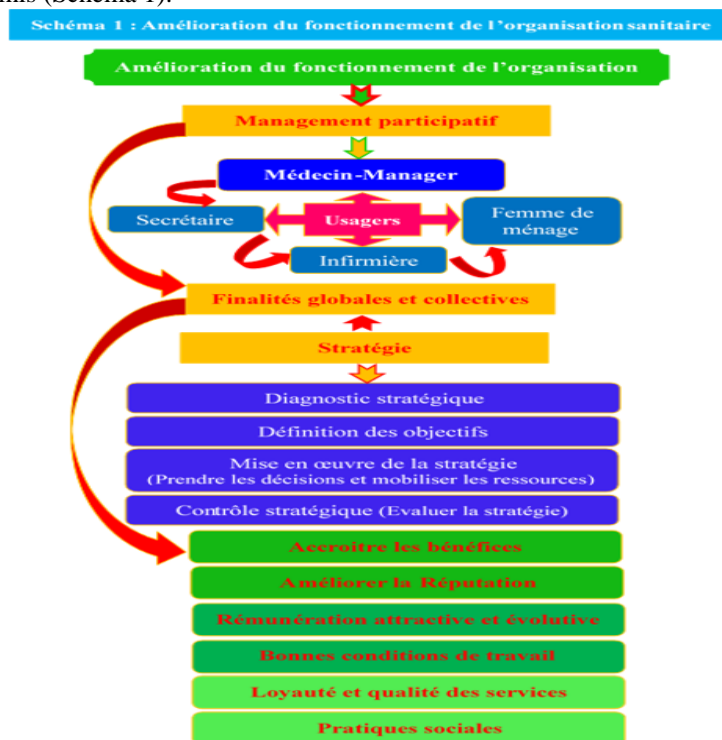
Même si cette approche participative nous a amenée à des solutions novatrices, il fallait éviter de se limiter à celles-ci et penser plus large. Ce faisant, nous avons amélioré notre démarche de travail à travers le développement d'une « Grille de Solutions », qui regroupe des solutions que nous pouvons appliquer dans n'importe quelle organisation sanitaire marocaine tout en respectons la spécificité et la particularité de chaque organisation (Tableau 7).

Tableau 7 : Grille de Solutions	
Pratiques managériales	
1.	Pratique de Gouvernance Clinique
2.	Formation en management (Médecin-Manager) ou faire appel à un manager
3.	Développement d'un management participatif
4.	Elaboration d'un organigramme
5.	Nouvelle politique de communication (management interculturelle)
6.	Elaboration d'une stratégie
7.	Fixation des finalités globales et collectives de l'organisation
8.	Elaboration d'une politique d'approvisionnement et de gestion de stock
9.	Elaboration d'une politique de prévention des risques sociaux
10.	Adhérer à une caisse de retraite
11.	Réalisation d'enquête de satisfaction
12.	Réalisation d'une évaluation périodique des résultats et progrès
13.	Elaboration d'un règlement intérieur
14.	Elaboration d'un référentiel
15.	Nouvelle politique salariale
16.	Réunion de suivi, de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins et services
17.	Trace écrite en cas de faute professionnelle
18.	Nouvelle politique de recrutement
19.	Elaborer une procédure d'accueil des nouveaux salariés
20.	Formation pour le personnel
21.	Echange de compétences entre personnel (polyvalence)
22.	Renforcement du climat de confiance
23.	Reconnaissance du travail
24.	Renforcement de l'autonomie du personnel
25.	Tableau de répartition et de planification des tâches
26.	Fiche de délégation
Activité administrative	
27.	Nouvelle programmation
28.	Nouvelle gestion de la clientèle
29.	Respecter la programmation et l'ordre de passage des patients
30.	Information des patients en cas de changement de programmation
31.	Interdiction de bavardage stérile
32.	Nouvelle gestion de téléphone portable (Médecin)
33.	Nouveau système informatisé
34.	Archivage électronique
35.	Fiche de délégation
36.	Fiche-Patient
37.	Liste des symptômes urgents
38.	Fiche de suivi de stock : médicaments

39. Fiche de suivi de stock : médicaments pour soins urgents
40. Fiche de suivi de stock : consommables
41. Fiche de suivi de stock : fournitures
42. Fiche de satisfaction
43. Liste de consignes de sécurité et d'évacuation
44. Etiquetage
Environnement physique et technique
45. Aménagement de l'espace et Création d'espace privé (médecin et personnel)
46. Agencement des locaux
47. Mettre en place un système d'aération et de ventilation
48. Achat d'Uniformes et Badges pour personnel
49. Achat d'Uniformes-Patients
50. Alarme de fin de consultation
51. Instauration des mesures de protection

Source : Tableau établi par nos soins.

Ainsi, pour pouvoir gérer la complexité qui règne dans l'organisation sanitaire marocaine nous avons fixé six objectifs clairs et bien définis (Schéma 1).



Source : Schéma établi par nos soins.

De même, nous avons modifié les horaires de travail ainsi que la programmation en vigueur (Tableau 8), afin de favoriser une bonne collaboration entre les différents acteurs et développer une démarche plus stratégique et davantage axée sur les objectifs que nous avons fixés auparavant.

Tableau 8 : Nouvel horaire de travail et programmation

	De 7h à 8h (heure supplémentaire)	De 8h à 12h	De 12h à 12h30min	De 12h30min à 13h	De 13h à 16h30min	De 16h30min à 17h	>17h (heures supplémentaires)
Lundi			Contrôle				
Mardi							
Mercredi	Examens médicaux	Consultation	Délégués médicaux		Consultation	Contrôle	Examens médicaux
Jeudi							
Vendredi							
Samedi			Contrôle	Examens médicaux (heures supplémentaires)			

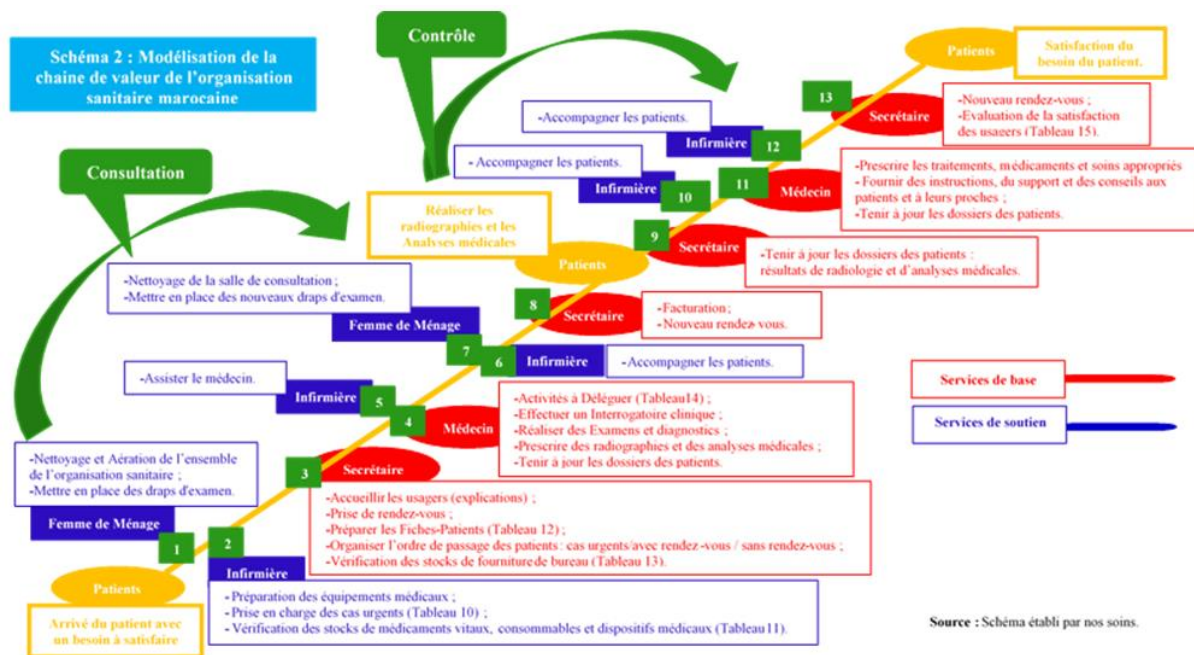
Source : Tableau établi par nos soins.

Ensuite, afin d'atteindre les objectifs poursuivis et les résultats désirés, nous avons fixé des rôles et des responsabilités clairs pour chaque acteur de l'organisation sanitaire (Tableau 9).

Tableau 9 : Rôles de chaque acteur de l'organisation sanitaire	
Acteurs	Rôles
Médecin-Manager	<ol style="list-style-type: none"> 1) Effectuer un interrogatoire clinique ; 2) Réaliser des Examens et diagnostics ; 3) Prescrire des radiographies et des analyses médicales ; 4) Prescrire les traitements, médicaments et soins appropriés ; 5) Fournir des instructions, du support et des conseils aux patients et à leurs proches ; 6) Tenir à jour les dossiers des patients ; 7) Avoir une vision entrepreneuriale ; 8) Identifier les opportunités de développement ; 9) Anticiper et gérer le changement ; 10) Créer et gérer son réseaux d'affaire ; 11) Repenser la structure organisationnelle ; 12) Définir et présenter clairement les objectifs ; 13) Adopter les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces ; 14) Développer un nouveau cadre d'action : Flexibilité, adaptation, synergie ; 15) Développer une culture de confiance et d'ouverture ; 16) Coordonner et organiser les activités de son organisation sanitaire ; 17) Animation et direction de son équipe même dans des contextes d'incertitude ; 18) Déléguer, impliquer et rendre autonome son équipe ; 19) Organiser la hiérarchie des tâches : classer les tâches par niveau d'urgence et d'importance ; 20) Formaliser les instructions et fixer les termes ; 21) Affecter les moyens nécessaires pour accomplir les différentes missions ; 22) Etre disponible pour intervenir le cas échéant ; 23) Gérer les conflits et résoudre les problèmes ; 24) Récompenser, encourager et contrôler l'accomplissement des missions ; 25) Evaluation médico-économique.
Secrétaire	<ol style="list-style-type: none"> 1) Accueil physique et prise en charge des Usagers (techniques d'accueil et de communication) ; 2) Organisation des services : prise des rendez-vous, tenue des agendas, des plannings d'activités, réservation des salles ; 3) Réception, traitement et orientation des courriers, appels et messages téléphoniques ; 4) Constitution, préparation et suivi des dossiers administratifs et médicaux des patients ; 5) Préparation des rapports ; 6) Organisation, classement et archivage de documents ; 7) Gestion des fournitures de l'organisation sanitaire.
Infirmière	<ol style="list-style-type: none"> 1) Etre une praticienne autonome, responsable et réflexive ; 2) Avoir des compétences en habilités gestuelles et en capacités relationnelles ; 3) Avoir une éthique professionnelle ; 4) Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ; 5) Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ; 6) Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ; 7) Organiser et coordonner des interventions soignantes ; 8) Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ; 9) Accompagner les patients dans l'enceinte de l'organisation ; 10) Rechercher et traiter les données professionnelles et scientifiques.
Femme de Ménage	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bio-nettoyage et désinfection intégrale de chaque partie de l'organisation sanitaire ; 2) Bio-nettoyage et désinfection totale et répétée des zones de contact avec les mains à l'aide de ; 3) Aération de l'ensemble de l'organisation sanitaire ; 4) Dépoussiérage, Balayage et Aspiration récurrents ; 5) Nettoyage des tissus : rideaux et autres voilages ; 6) Lavage et traitement des objets spécifiques (objets en bois...) ; 7) Nettoyer les vitres ; 8) Entretenir les plantes ; 9) Changer les draps d'examen entre les consultations ; 10) Nettoyage rapide des salles de consultation et de bain après chaque utilisation.

Source : Tableau établi par nos soins.

Dans cette perspective, nous avons modélisé une chaîne de valeur pour les organisations sanitaires marocaines. Cette modélisation qui illustre une visite médicale idéale, s'appuie sur un processus composé d'un enchaînement d'activités permettant le bon fonctionnement de l'organisation. Ainsi, nous présentons ci-dessous la représentation schématique de la chaîne de valeur (Schéma 2) :



En effet, dans notre chaîne de valeur nous avons décomposé les différentes activités en deux types : services de base et services de soutien.

Ainsi, nous avons demandé au médecin et au personnel de l'organisation de respecter les différentes étapes de la chaîne de valeur afin d'atteindre les résultats escomptés.

L'ensemble des services de base et de soutien sont réalisés en deux phases :

Phase 1 : Consultation

➤ **Patient : Arrivé du patient avec un besoin à satisfaire.**

1. Femme de Ménage

- Nettoyage et Aération de l'ensemble de l'organisation sanitaire ;
- Mettre en place des draps d'examen.

2. Infirmière

- Préparation des équipements médicaux ;
- Prise en charge des cas urgents (Tableau 10) ;
- Vérification des stocks de médicaments vitaux, consommables et dispositifs médicaux (Tableau 11).

Tableau 10 : Liste des symptômes urgents			
Symptômes	Maladies associées aux symptômes	Action à mener	Traitement

Source : Tableau établi par nos soins.

Tableau 11 : Fiche de suivi de stock médical			
	Quantité initiale	Quantité utilisée	Date de péremption
Médicaments pour soins urgents			
Médicaments			
Dispositifs médicaux			
Consommables			

Source : Tableau établi par nos soins.

3. Secrétaire

- Accueillir les usagers (explications) ;
- Prise de rendez-vous ;
- Préparer les Fiches-Patients (Tableau 12) ;
- Organiser l'ordre de passage des patients : cas urgents/avec rendez-vous / sans rendez-vous ;
- Vérification des stocks de fourniture de bureau (Tableau 13).

Tableau 12 : Fiche-Patient	
Fiche-Patient	
Nom et prénom	
Sexe	
Age	
Téléphone	
Renseignements cliniques	
Médicaments actuels	
Motifs de consultation	

Source : Tableau établi par nos soins.

Tableau 13 : Fiche de suivi de stock : Fourniture de bureau			
Type de Fourniture	Quantité initiale	Quantité utilisée	Date de péremption

Source : Tableau établi par nos soins.

4. Médecin

- Activités à Déléguer (Tableau14) ;
- Effectuer un interrogatoire clinique ;
- Réaliser des Examens et diagnostics ;
- Prescrire des radiographies et des analyses médicales ;
- Tenir à jour les dossiers des patients.

Tableau 14 : Fiche de délégation			
Activités à Déléguer	Acteur	Durée	
		Adulte	Enfant

Source : Tableau établi par nos soins.

5. Infirmière

- Assister le médecin.

6. Infirmière

- Accompagner les patients après la consultation.

7. Femme de Ménage

- Nettoyage de la salle de consultation ;
- Mettre en place des nouveaux draps d'examen.

8. Secrétaire

- Facturation ;
- Nouveau rendez-vous.

➤ Patient : Réaliser les radiographies et les Analyses médicales.

Phase 2 : Contrôle

➤ Patient : Arrivé du patient après la réalisation des radiographies et des Analyses médicales.

1. Secrétaire

- Tenir à jour les dossiers des patients : résultats de radiologie et d'analyses médicales.

2. Infirmière

- Accompagner les patients.

3. Médecin

- Prescrire les traitements, médicaments et soins appropriés ;
- Fournir des instructions, du support et des conseils aux patients et à leurs proches ;
- Tenir à jour les dossiers des patients.

4. Infirmière

- Accompagner les patients.

5. Secrétaire

- Nouveau rendez-vous ;
- Evaluation de la satisfaction des usagers (Tableau 15).

Tableau 15 : Fiche Satisfaction		
	Oui	Non
Satisfaction		
Problèmes rencontrés		

Source : Tableau établi par nos soins.

➤ Patient : Satisfaction du besoin du patient.

Ainsi, la satisfaction des besoins des usagers des organisations sanitaires marocaines constitue un aspect crucial de la qualité des soins. Il est donc important de tenir compte de leurs attentes, souhaits et priorités pour une organisation de soins efficace.

Dans cette perspective, nous avons cadré notre intervention par l'établissement d'un règlement intérieur qui précise un certain nombre d'obligations, que les usagers et les professionnels doivent respecter afin d'optimiser le fonctionnement de l'organisation sanitaire.

Ce faisant, nous avons élaboré deux Règlements Intérieurs :

- **Le premier à destination des Usagers (Schéma 3) :** nous avons expliqué aux différents usagers que nous avons réalisé plusieurs changements en vue d'améliorer les services fournis par l'organisation sanitaire et mieux satisfaire leurs besoins. Ainsi, nous leurs avons demandé de respecter strictement le règlement intérieur que nous avons mis en vigueur.

- **Le deuxième à destination des Professionnels (Schéma 4) :** nous avons expliqué aux professionnels de l'organisation que l'élaboration de ce règlement intérieur était un élément essentiel et primordial pour le respect de l'ordre, de la discipline et des différentes instructions et directives relatives au bon fonctionnement de l'organisation sanitaire.

Schéma 3 : Règlement Intérieur à destination des Usager

Règlement Intérieur à destination des Usager

Objet : Ce règlement intérieur est à destination de l'ensemble des Usagers de l'organisation sanitaire

1. En dehors des espaces d'accueil, il est interdit de circuler à l'intérieur de l'organisation sanitaire sans l'accompagnement d'un professionnel de l'organisation.
2. La vie en collectivité exige des personnes un respect mutuel qui se manifeste en premier lieu par la courtoisie, la politesse et la civilité. Ainsi, un comportement correct et respectueux est exigé à l'égard du personnel et des usagers de l'organisation.
3. Pour des raisons de sécurité, d'hygiène, ou de discipline, il est strictement interdit de :
 - Troubler le calme de l'organisation ;
 - Injurier et violenter le personnel et les usagers de l'organisation ;
 - Utiliser des appareils susceptibles de troubler la quiétude des usagers et personnel de l'organisation ;
 - Consommer des boissons alcoolisées, de la drogue et du tabac dans l'enceinte de l'organisation ;
 - Introduire ou distribuer de la drogue, des boissons alcoolisées, d'objets dangereux ou illicites dans l'enceinte de l'organisation ;
 - Introduire des objets et des marchandises destinés à y être vendus ;
 - Introduire des animaux ;
 - Effectuer des collectes de dons ;
 - Voler ou exercer des activités susceptibles de mettre en péril la sécurité des biens et des personnes ;
 - Manipuler hors incendie le matériel de secours.
4. L'organisation sanitaire n'est pas responsable des effets personnels (sacs, téléphone, objets...) des usagers, et décline toute responsabilité en cas de vol.
5. Pour des raisons impérieuses de sécurité, certains usagers peuvent être soumis à un contrôle des sacs et effets personnels quand ceci s'avère nécessaire (en cas de vol par exemple), dans des conditions qui préservent la dignité et l'intimité de l'utilisateur.
6. Tout comportement qui nuit au bon fonctionnement de l'organisation sanitaire, des infractions graves au règlement, des négligences répétées, un manque de respect envers le personnel ou les autres usagers, peuvent entraîner des poursuites judiciaires.
7. Le présent règlement est affiché en permanence dans les espaces d'accueil et entrera en vigueur le ...

Fait à ...

Le ...

Signature du Manager de l'organisation sanitaire

Source : Schéma établi par nos soins.

Schéma 4 : Règlement Intérieur à destination des Professionnels

Règlement Intérieur à destination des Professionnels (1/2)

Objet : Ce règlement intérieur est à destination de l'ensemble des Professionnels de l'organisation sanitaire

❖ Le présent règlement intérieur s'impose à l'ensemble du personnel présent dans l'organisation sanitaire y compris les stagiaires.

❖ Un exemplaire du présent règlement est remis à chacun des membres du personnel.

1- Hygiène et Sécurité

➤ Le personnel de l'organisation sanitaire doit porter l'uniforme professionnel et le badge d'identification ;

➤ L'organisation sanitaire doit être maintenue dans un état constant de propreté ;

➤ Les armoires individuelles ne doivent être utilisées que pour l'usage auquel elles sont destinées ;

➤ Pour des raisons de sécurité et d'hygiène, il est strictement interdit de :

- Consommer des boissons alcoolisées, de la drogue et du tabac dans l'enceinte de l'organisation ;
- Introduire ou distribuer de la drogue, des boissons alcoolisées, d'objets dangereux ou illicites dans l'enceinte de l'organisation ;
- Introduire des objets et des marchandises destinés à y être vendus ;
- Introduire des animaux ;
- Effectuer des collectes de dons ;
- Voler ou exercer des activités susceptibles de mettre en péril la sécurité des biens et des personnes ;
- Manipuler hors incendie le matériel de secours.

➤ Tout accident, même bénin, survenu au cours du travail doit être porté à la connaissance du Manager de l'organisation sanitaire ;

➤ Il est obligatoire de maintenir en bon état l'ensemble du matériel et les dispositifs de sécurité mis à la disposition du personnel ;

➤ Chaque membre du personnel doit veiller, selon ses possibilités, à sa propre santé et à sa sécurité ainsi qu'à celles de ses collègues.

2- Discipline

➤ Dans l'exécution de son travail, chaque membre du personnel est tenu de respecter les instructions du Manager de l'organisation ;

➤ Le personnel de l'organisation doit :

- Respecter l'horaire de travail (se trouver aux postes en tenue de travail aux heures fixées) ;
- Expliquer aux patients les procédures mises en place ;
- Expliquer la structure de tarification ;
- Veiller à la bonne gestion administrative de l'organisation (dossiers, ordre, fiche-patient...) ;
- Se comporter gentiment, avec amabilité, abnégation, compassion et justice ;
- Respecter l'intimité, la confidentialité et le secret professionnel ;
- Eviter tous problèmes et conflits avec les usagers et les membres du personnel de l'organisation ;
- Convoquer le Manager de l'organisation en cas d'urgence médicale ou administrative.

Source : Schéma établi par nos soins.

Schéma 4 : Règlement Intérieur à destination des Professionnels

Règlement Intérieur à destination des Professionnels (2/2)

Objet : Ce règlement intérieur est à destination de l'ensemble des Professionnels de l'organisation sanitaire

- Il est strictement interdit de :
 - Troubler le calme de l'organisation ;
 - Injurier et violenter le personnel et les usagers de l'organisation ;
 - Utiliser des appareils susceptibles de troubler la quiétude des usagers et personnel de l'organisation ;
 - Utiliser le matériel à des fins personnelles sans autorisation (les communications téléphoniques à caractère personnel reçues ou données au cours du travail doivent être limitées aux cas d'urgence) ;
 - Entrer ou se maintenir sur les lieux du travail pour une cause autre l'exécution des tâches confiées ;
 - Accepter tout paiement inapproprié : Corruption
 - Tout membre du personnel pourrait être amenés à effectuer des heures supplémentaires dans le respect des dispositions légales ;
 - Tout membre du personnel désireux de s'absenter de son poste de travail devra en informer le Manager de l'organisation et recevoir l'accord préalable de ce dernier. En cas d'absence pour maladie, accident ou prolongation d'arrêt de travail, un certificat médical indiquant la durée prévisible d'absence doit être transmis au Manager de l'organisation ;
 - Tout retard doit être justifié auprès du Manager de l'organisation ;
 - Tout membre du personnel a droit à une pause-déjeuner de 15 minutes ;
 - Les sorties pendant les heures de travail doivent être exceptionnelles et faire l'objet d'une autorisation délivrée par le Manager de l'organisation ;
 - En cas de licenciement ou de démission d'un membre du personnel, ce dernier doit restituer le matériel et les documents en sa possession et appartenant à l'organisation.
 - Pour des raisons impérieuses de sécurité, certains membres du personnel peuvent être soumis à un contrôle des sacs et effets personnels quand ceci s'avère nécessaire (en cas de vol par exemple), dans des conditions qui préservent la dignité et l'intimité de la personne.
- 3- Sanction et procédure disciplinaire**
- Tout comportement qui nuit au bon fonctionnement de l'organisation sanitaire, des infractions graves au règlement, des négligences répétées, un manque de respect envers le personnel ou les autres usagers, peuvent faire l'objet de l'une ou l'autre des sanctions disciplinaires détaillées ci-dessous :
 - 1) Blâme ;
 - 2) Avertissement ;
 - 3) Mise à pied disciplinaire ;
 - 4) Mutation disciplinaire ;
 - 5) Rétrogradation ;
 - 6) Licenciement disciplinaire ;
 - 7) Poursuite judiciaire.

Fait à ...

Le ...

Signature du Manager de l'organisation sanitaire

Source : Schéma établi par nos soins.

En effet, notre rôle, entant qu'Intervenant, ne se limitait pas uniquement à l'amélioration des processus mais il visait également l'amélioration du fonctionnement des acteurs au sein de l'organisation.

Ce faisant, la vision que nous avons élaborée, était formulée à partir de plusieurs informations, de modèles, de schémas, et en fonction des attentes des acteurs de l'organisation en valorisant l'apport de chacun.

Nous avons donc essayé de :

- Promouvoir une gouvernance clinique ;
- Créer un fonctionnement agile centré sur la satisfaction des usagers de l'organisation sanitaire ;
- Améliorer la productivité sans accroître la charge de travail ;
- Rendre efficient et humains les processus d'amélioration continue de la qualité et de la performance ;
- Pratiquer une communication authentique, empathique et assertive ;
- Identifier les différentes facettes de la personnalité d'un acteur ;
- Adapter le langage au besoin sémantique de chaque acteur ;
- Mobiliser l'ouverture d'esprit pour un échange ouvert et consensuel ;
- Conseiller l'acteur avec pertinence pour favoriser son évolution en fonction de ses enjeux personnels ;
- Coacher pour stimuler la motivation ;
- Créer les conditions de l'engagement ;
- Responsabiliser les acteurs de l'organisation sur leur mission ;
- Permettre la pleine expression des talents des différents acteurs de l'organisation ;
- Aider les acteurs à prendre du recul et faire des choix par rapport aux situations difficiles qu'ils rencontrent ;
- Lever les freins et les croyances qui font obstacle à la réalisation des missions ;
- Susciter le sens et mettre en valeur la cohérence au sein de l'action des acteurs de l'organisation ;
- Mettre en place le cadre pour que chaque acteur de l'organisation donne le meilleur de lui-même ;
- Valoriser le capital humain à travers la Reconnaissance de la compétence professionnelle.

Notre objectif était d'impliquer les différents acteurs de l'organisation dans le processus de changement à travers la création d'un climat de confiance et de transparence qui leur permettra de se sentir en sécurité et qui favorisera un fort degré de participation et d'interaction.

Ainsi, nous les avons incité à agir moralement et à partager des valeurs et de l'éthique afin de développer un cadre bienveillant, d'instituer une culture de travail en équipe et de créer des capacités capables aussi bien de gérer la complexité que le changement.

Dans cette perspective, nous avons accompagné chaque acteur lors de la réalisation de ses activités afin d'avoir un plan individuel de développement basé sur les compétences prioritaires et nécessaire à développer. A la fin de notre intervention, chaque acteur devrait :

- Savoir clairement ce qui est attendu de lui et se situer par rapport à sa fonction ;
- Atteindre les objectifs fixés auparavant ;
- Evoluer dans sa carrière ;
- Développer son Intelligence Adaptative ;
- S'adapter aux évolutions du service et de l'organisation ;
- Appréhender une situation de changement comme une opportunité de se développer, d'apprendre et d'évoluer plutôt qu'une situation de risque ;
- Travailler en équipe ;
- Agir de manière orienté service ;
- Améliorer la pertinence de ses décisions ;
- Faire preuve de fiabilité ;
- Développer son empathie ;
- S'Auto-développer ;
- Améliorer son bien-être.

Par ailleurs, nous avons conclu que le développement et l'amélioration du fonctionnement des différents acteurs était principalement tributaire du type d'acteur et de ses compétences de base.

❖ Résultats de l'Analyse de la typologie d'Acteur et les compétences clés de chaque type d'Acteur

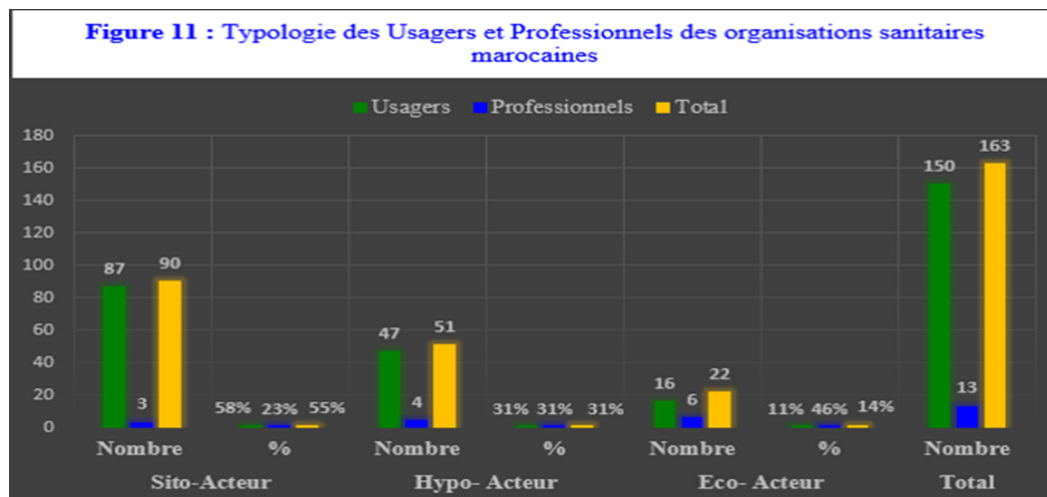
Suite à la conclusion que nous avons obtenue de notre analyse organisationnelle, nous avons réalisé une Analyse de la typologie d'acteur et les compétences clés de chaque type d'Acteur (Usagers et professionnels).

Comme nous l'avons signalé dans la première partie de notre étude, nous distinguons trois types d'acteur selon la rationalité avec laquelle ils agissent concrètement, il s'agit du : Sito-Acteur, Hypo-Acteur et Eco-Acteur.

Dans cette perspective, le recoupement et la confrontation des résultats obtenus de la triangulation ont démontré que la majorité des usagers étaient de type Sito-Acteur avec un pourcentage de 58% soit 87 Usagers,

suivi par les Hypo-Usagers avec un pourcentage de 31% soit 47 Usagers, et en dernière position les Eco-Usagers avec un pourcentage de 11% soit 16 Usagers (Figure 11).

En effet, nous avons constaté que la majorité des usagers étaient des bienveillants analphabètes de la classe moyenne. Cependant, ce qui nous a le plus marqué c'est que malgré leur analphabétisme, ces usagers étaient conscients de l'importance du changement et de ses répercussions, en tant que facteur de progrès pour les professionnels et les usagers de l'organisation sanitaire.



Source : Schéma établi par nos soins.

De même, tel qu'illustré à la figure 11, la majorité des professionnels étaient de type Eco-Acteur avec un pourcentage de 46% soit 6 Professionnels, suivi par les Hypo-Professionnels avec un pourcentage de 31% soit 4 Professionnels, et en dernière position les Sito-Professionnels avec un pourcentage de 23% soit 3 Professionnels.

Pour les compétences clés des différents professionnels, nous avons regroupé l'ensemble des résultats obtenus dans le tableau suivant (Tableau16) :

Tableau 16 : Compétences des professionnels				
Organisation sanitaire gérée par	Compétences :			
	Savoir	Savoir-Faire	Savoir-être	Savoir-Agir
« Médecin Sito-Manager »				
Sito-Médecin	Marquée	Marquée	Marquée	Acceptable
Hypo-Secrétaire 1	Peu développée	Acceptable	Acceptable	Peu développée
Hypo-Secrétaire 2	Marquée	Marquée	Marquée	Marquée
Eco-Infirmière	Peu développée	Peu développée	Acceptable	Peu développée
Sito-Femme de ménage	Peu développée	Peu développée	Marquée	Acceptable
« Médecin Eco-Manager »				
Eco-Médecin	Marquée	Marquée	Acceptable	Peu développée
Eco-Secrétaire	Peu développée	Acceptable	Peu développée	Peu développée
Eco-Infirmière	Peu développée	Marquée	Acceptable	Acceptable
Hypo-Femme de ménage	Peu développée	Peu développée	Acceptable	Peu développée
« Médecin Hypo-Manager »				
Hypo-Médecin	Marquée	Acceptable	Acceptable	Acceptable
Eco-Secrétaire	Peu développée	Peu développée	Peu développée	Peu développée
Sito-Infirmière	Peu développée	Marquée	Marquée	Marquée
Eco-Femme de ménage	Peu développée	Peu développée	Peu développée	Peu développée

Source : Tableau établi par nos soins.

Les résultats obtenus ont démontré donc que les Sito-Acteurs ont des compétences de Savoir-être très marqués, et que la majorité des professionnels (secrétaires, infirmières, femmes de ménage) étaient non qualifiés et inexpérimentés. Ainsi, ces derniers devraient être dirigés et étroitement contrôlés, ce qui compromettrait la qualité des services fournis.

Par ailleurs, nous avons analysé l'évolution des compétences de chaque acteur après notre intervention. Ainsi, nous présentons ci-dessous les résultats que nous avons obtenus (Tableau 17) :

Tableau 17 : Evolution des Compétences des professionnels après Intervention				
Organisation sanitaire gérée par	Evolution des Compétences (+/++/+++)			
	Savoir	Savoir-Faire	Savoir-être	Savoir-Agir
« Médecin Sito-Manager »				
Sito-Médecin	++	++	++	+++
Hypo-Secrétaire 1	++	+++	+++	+++
Hypo-Secrétaire 2	+	+	+	+
Eco-Infirmière	++	++	++	++
Sito-Femme de ménage	+	+	+	++
« Médecin Eco-Manager »				
Eco-Médecin	++	+++	++	++
Eco-Secrétaire	+++	++	+++	+++
Eco-Infirmière	+	++	++	++
Hypo-Femme de ménage	+	++	++	++
« Médecin Hypo-Manager »				
Hypo-Médecin	+++	++	++	++
Eco-Secrétaire	+	+	+	+
Sito-Infirmière	+	++	+	++
Eco-Femme de ménage	+	++	++	++

Source : Tableau établi par nos soins.

Nous avons conclu que le changement a un impact évolutif sur les compétences des différents acteurs. Cependant, le niveau d'évolution des compétences varie en fonction de l'âge et du type de rationalité des acteurs.

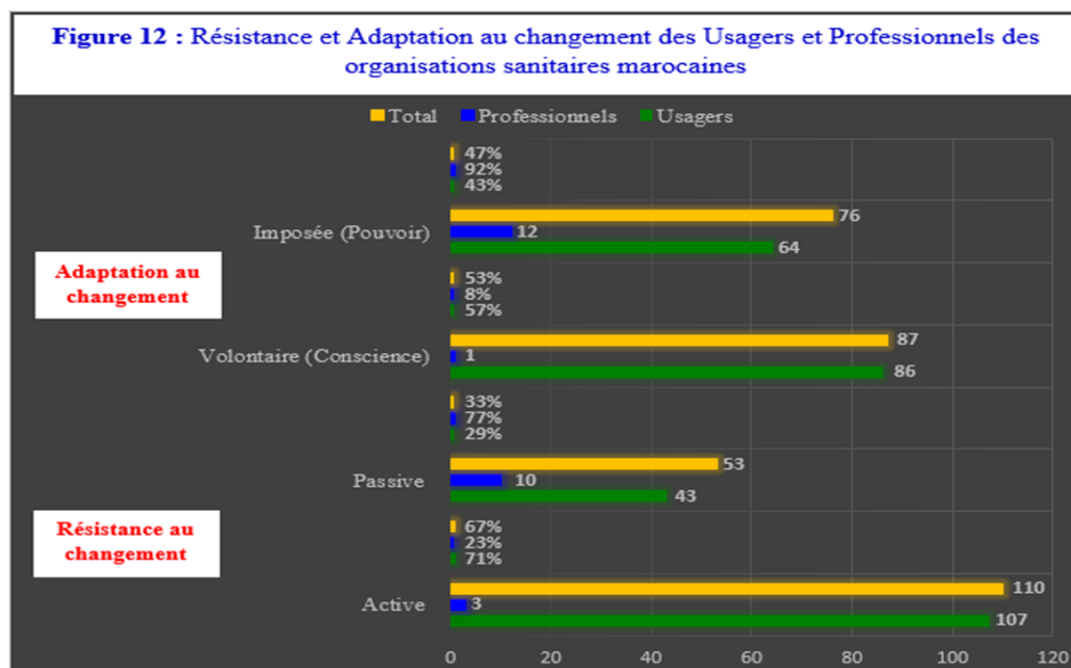
❖ Résultats de l'Analyse des Logiques d'Action des différents acteurs

L'analyse de la typologie d'acteur et les compétences clés de chaque type d'acteur nous a conduit à enrichir notre connaissance et notre compréhension du comportement et de l'action des acteurs en situation de changement.

En effet, notre analyse des logiques d'action des différents acteurs a fait apparaître que 81% (n = 132/163) des usagers et professionnels des organisations sanitaires ont adopté une démarche de résistance passive aux changements que nous avons apportés. En fait, le pourcentage de résistance au changement passive était respectivement de 81% (n = 122/150) chez les usagers et de 77% (n = 10/13) chez les professionnels de santé.

Par ailleurs, les acteurs qui ont adopté une démarche de résistance active face aux changements que nous avons apportés constituent une minorité. En effet, 19% (n = 31/163) uniquement des usagers et professionnels des organisations sanitaires ont adopté une démarche de résistance active. En fait, le pourcentage de résistance au changement active était respectivement de 19% (n = 28/150) chez les usagers et de 23% (n = 3/13) chez les professionnels de santé (Figure 12).

En effet, l'un des usagers nous a dit que « *Personnellement, je participerai activement dans votre processus de changement. C'est vrai que je suis insatisfait du personnel de l'organisation, mais également je suis très satisfait du travail du médecin. Chaque fois que je viens ici je me dis : si seulement ce médecin compétent, bienveillant et honnête arrive à changer et à développer son organisation en mettant fin à tous ces dysfonctionnements. Je souhaite de tout cœur que notre cher médecin puisse nous offrir cette opportunité de participer au changement, et que nous soyons tous, usagers et professionnels, en mesure de relever ce grand défi* ».



De même, tel qu'illustré à la figure 12, uniquement 10% des usagers et professionnels (n = 17/163) ont fait preuve d'une attitude d'adaptation au changement volontaire, par ailleurs la majorité des usagers et professionnels soit 90% (n = 146/163) ont fait preuve d'une attitude d'adaptation au changement imposée.

En effet, uniquement un seul professionnel (1/13) qui a réagi favorablement au changement en modifiant ses attitudes et ses comportements volontairement. Alors que nous étions disposés à imposer au reste des professionnels (12/13) les changements à apporter.

Egalement, la majorité des usagers soit 89% (n = 134) ne voulaient pas revoir leurs façons de faire et de penser afin de s'adapter volontairement à la nouvelle réalité organisationnelle. Par ailleurs, 16 usagers (soit 11%) ont s'adapté au changement de manière volontaire, ils ont même fait preuve d'un authentique esprit d'initiative novateur. En effet, ces usagers nous ont proposé des pistes de solution intéressantes qui appuient le changement apporté et qui visent à mieux gérer l'organisation sanitaire marocaine.

Dans cette perspective, l'efficacité de l'action collective est étroitement liée au type de résistance et d'adaptation au changement des différents acteurs.

Ainsi, nous avons constaté que, malgré leur forte résistance active en situation de changement, les Sito-Acteurs restent toujours des harmonisateurs sociaux et des supports de confiance qui s'engagent dans les processus de changement et d'innovation en facilitant l'action des acteurs au sein des structures de relations et en déclenchant des processus collectifs d'apprentissage.

Par ailleurs, l'analyse des logiques d'action en situation de changement a démontré que la résistance au changement des Eco-Acteurs et des Hypo-Acteurs est de type passif et son intensité varie en fonction de leurs objectifs. Ainsi, leur résistance augmente face à tout changement qui peut minimiser leurs utilités et leurs profits. Ce faisant, ces Eco-Acteurs et Hypo-Acteurs essayent de bloquer les processus de changement amorcés en maintenant les autres Acteurs dans des relations d'asymétrie d'information et dans des situations d'incertitudes afin de profiter au maximum de la nouvelle situation.

Ainsi, nous présentons, dans les tableaux suivants (Tableau 18/Tableau 19/Tableau 20), les différents types de relations et de stratégies fréquemment adoptées par les différents acteurs des organisations sanitaires étudiées, lors d'une action collective en situation de changement.

❖ Organisation sanitaire gérée par un Médecin Sito-Manager

Tableau 18 : Type de relations et de stratégies des acteurs dans une organisation sanitaire gérée par un Médecin Sito-Manager

	Sito-Médecin		Hypo-Secrétaire 1		Hypo-Secrétaire 2		Eco-Infirmière		Sito-Femme de Ménage		Intervenant	
	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie
Sito-Médecin			Confiance	Alliance Opposition	Confiance	Alliance Opposition	Méfiance	Alliance Opposition	Confiance	Alliance Opposition	Confiance	Alliance Négociation Opposition
Hypo-Secrétaire 1	Méfiance	Alliance Exploitation			Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation Opposition	Confiance	Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation
Hypo-Secrétaire 2	Méfiance	Alliance Exploitation	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition			Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Confiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation
Eco-Infirmière	Méfiance	Alliance Exploitation	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition			Confiance	Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation
Sito-Femme de Ménage	Confiance	Alliance Opposition	Confiance	Alliance Opposition	Confiance	Alliance Opposition	Méfiance	Alliance Opposition			Confiance	Alliance

Source : Tableau établi par nos soins.

❖ Organisation sanitaire gérée par un Médecin Eco-Manager

Tableau 19 : Type de Relations et de Stratégies des acteurs dans une organisation sanitaire gérée par un Médecin Eco-Manager

	Eco-Médecin		Eco-Secrétaire		Eco-Infirmière		Hypo-Femme de Ménage		Intervenant	
	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie
Eco-Médecin			Méfiance	Alliance Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Opposition	Confiance	Alliance Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation Opposition
Eco - Secrétaire	Méfiance	Alliance Exploitation			Méfiance	Alliance Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition
Eco-Infirmière	Méfiance	Alliance Exploitation	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation Opposition			Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation
Hypo-Femme de Ménage	Méfiance	Alliance Exploitation	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Exploitation Négociation Opposition			Méfiance	Alliance Exploitation Négociation

Source : Tableau établi par nos soins.

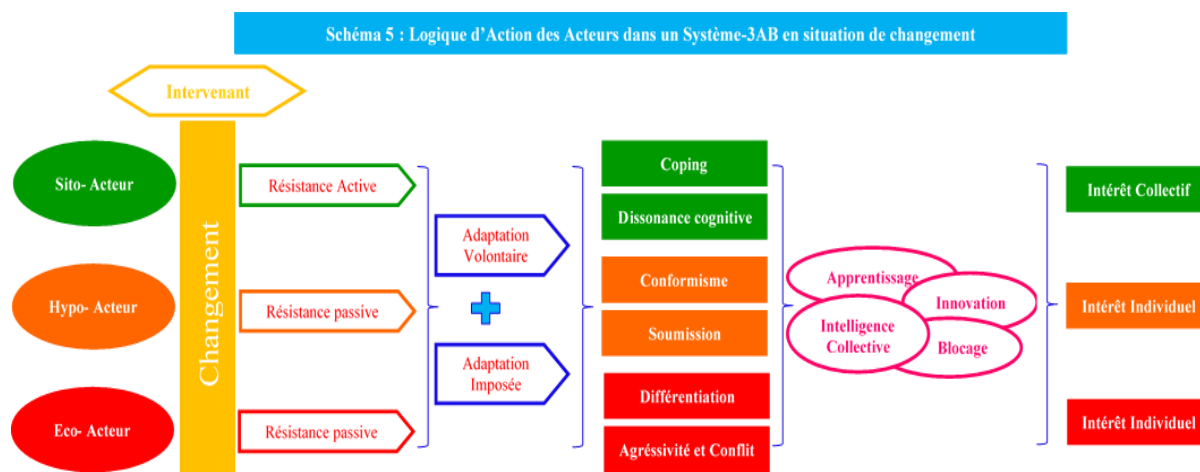
❖ Organisation sanitaire gérée par un Médecin Hypo-Manager

Tableau 20 : Type de Relations et de Stratégies des acteurs dans une organisation sanitaire gérée par un Médecin Hypo-Manager

	Hypo-Médecin		Eco-Secrétaire		Sito-Infirmière		Eco-Femme de Ménage		Intervenant	
	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie	Relation	Stratégie
Hypo - Médecin			Méfiance	Alliance Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation Opposition
Eco - Secrétaire	Méfiance	Alliance			Méfiance	Exploitation Négociation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Négociation Opposition
Sito- Infirmière	Confiance	Alliance	Méfiance	Négociation Opposition			Confiance	Alliance Opposition	Méfiance	Alliance Négociation Opposition
Eco-Femme de Ménage	Méfiance	Alliance	Méfiance	Alliance Négociation Opposition	Méfiance	Alliance Exploitation Opposition			Méfiance	Exploitation Négociation Opposition

Source : Tableau établi par nos soins.

Ainsi, nous pouvons schématiser les logiques d'action des trois types d'acteur (Sito-Acteur, Hypo-Acteur et Eco-Acteur) dans un Système-3AB en situation de changement de la manière suivante (Schéma 5) :



Source : Schéma établi par nos soins.

IV. Discussion

À l'issue de notre étude, nous pensons avoir apporté une contribution active aux débats actuels sur les projets de développement du secteur sanitaire marocain.

En effet, si la première partie de notre étude révèle que la « *Crise du capital humain* » est la cause principale de l'échec répété des différents projets de développement du secteur sanitaire, la seconde partie aborde *avec précision les conditions nécessaires pour réussir un projet de développement*.

Notre évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels du secteur sanitaire marocain a fait apparaître que la grande majorité sont insatisfaits des projets de développement du secteur sanitaire marocain. En fait, ils pensent que ces différents projets sont des sources de surcoûts inutiles et une perte de temps et d'énergie significative, et que les responsables étatiques devraient se concentrer en priorité sur l'accomplissement de leurs obligations envers les citoyens.

Ils pensent également que la résistance au changement des marocains face à ces nouveaux projets est de type passif et que la « *Méfiance vis-à-vis de l'acteur du changement (manque de confiance)* », la « *Primauté aux stratégies d'intérêt individuel plutôt que collectif* » et le « *Manque de communication et la vision erronée du projet* » sont les facteurs les plus explicatifs de cette résistance au changement.

Ainsi, il en ressort que les marocains pensent que la priorité doit être accordée à un acteur de changement « *Digne de Confiance* », même s'il est moins compétent.

De même, la majorité des usagers et professionnels pensent que, si l'Etat change de politique, les marocains s'engageront activement dans les projets de développement du Maroc.

Dans cette perspective, et grâce à notre intervention de développement, nous avons constaté que la majorité des usagers étaient des Sito-Acteurs, bienveillants, analphabètes et de la classe moyenne, et qui malgré leur analphabétisme, étaient conscients de l'importance du changement et de ses répercussions, en tant que facteur de progrès pour les professionnels et les usagers du secteur sanitaire.

Par ailleurs, les deux tiers des professionnels étaient de type Eco-Acteur et Hypo-Acteur, dont la majorité étaient non qualifiés et inexpérimentés.

Nous avons conclu que le changement a un impact évolutif sur les compétences des différents acteurs, et que le niveau d'évolution des compétences varie en fonction de l'âge et du type de rationalité des acteurs.

En effet, le besoin d'évolution des compétences est très important chez les jeunes, alors qu'il est plus modeste chez les plus âgés. Ces moins bonnes performances des plus âgés peuvent s'expliquer par une perte de motivation au fil des ans d'une part ; et d'autre part, par une crainte de ne pas être capables de développer les compétences et les comportements nouveaux attendus.

De même, les Eco-Acteurs et les Hypo-Acteurs préfèrent les processus de changement centrés sur la formation, l'apprentissage et le développement des capacités et des compétences individuelles. Ce résultat s'explique par leur forte recherche de leurs propres intérêts.

Cependant, les Sito-Acteurs préfèrent le développement des compétences collectives. Ils considèrent le changement comme une perspective d'apprentissage collectif et un processus de création de connaissance qui valorise l'intelligence collective et qui favorise une dynamique d'innovation et de développement.

L'analyse des logiques d'action en situation de changement du *Système-3AB* a démontré que l'efficacité de l'action collective est étroitement liée au **type de résistance et d'adaptation au changement** des différents acteurs.

En effet, la résistance au changement des Eco-Acteurs et des Hypo-Acteurs est de type passif et son intensité varie en fonction de leurs objectifs et de leurs intérêts personnels. Ainsi, leur résistance augmente face à tout changement qui peut minimiser leurs utilités et leurs profits. Ce faisant, les Eco-Acteurs et Hypo-Acteurs adoptent des stratégies d'exploitation et d'opposition et essaient de bloquer les processus de changement amorcés en maintenant les autres Acteurs dans des relations d'asymétrie d'information et dans des situations d'incertitudes afin de profiter au maximum de la nouvelle situation.

Par ailleurs, la résistance au changement des Sito-Acteurs est de type actif. En fait, les Sito-Acteurs sont largement influencés par leurs expériences passées du changement et par la suite tout manque de communication et d'explication de la vision du projet de changement peut entraîner une forte incertitude qui limite leur action collective.

Malgré cette résistance active en situation de changement, les Sito-Acteurs, qui constituent une minorité, préfèrent toujours adopter une stratégie d'alliance. Ils se présentent donc comme des harmonisateurs sociaux et des supports de confiance qui s'engagent dans les processus de changement et d'innovation en facilitant l'action des acteurs au sein des structures de relations et en déclenchant des processus collectifs d'apprentissage.

Néanmoins, la majorité des acteurs ne voulaient pas revoir leurs façons de faire et de penser afin de s'adapter et de s'impliquer volontairement dans le projet de changement lancé.

Nous avons constaté donc une certaine « *dissonance cognitive* » chez les Sito-Acteurs. En fait, ce mécanisme de dissonance cognitive illustre le fait que les Sito-Acteurs doivent faire face à de nouvelles exigences associées aux processus de changement.

Ce faisant, les Sitos-Acteurs adoptent des stratégies de « *Coping* » afin de rechercher de nouvelles solutions leur permettant de s'adapter facilement à la nouvelle situation.

Dans cette perspective, quelques Sito-Acteurs ont pu faire preuve d'un authentique esprit d'initiative novateur en proposant des pistes de solution intéressantes qui appuient le changement apporté.

De même, les Hypo-Acteurs adoptent des stratégies de *conformisme* et des attitudes de *soumission* afin de dissimuler leur hypocrisie et d'éviter la confrontation directes avec les autres acteurs en situation de changement.

En revanche, les Eco-Acteurs critiquent continuellement les changements apportés et minimisent les retombées positives du projet de changement dans sa globalité. En fait, les Eco-Acteurs préfèrent se *différencier* des autres acteurs en adoptant des stratégies *d'opposition* qui débouchent, dans la plupart des cas, sur des situations *d'agressivité* et de *conflits*.

A la lueur de ces résultats, nous pouvons conclure que la réussite de tout projet de développement est tributaire principalement de deux facteurs : le choix de l'acteur de changement et l'engagement des acteurs.

En effet, l'**acteur de changement** doit être un leader visionnaire et un novateur capable d'édifier une nouvelle vision du changement et de développer le potentiel humain en mobilisant et en influençant les comportements et l'action des différents acteurs.

Ce faisant, il doit être un **support de confiance**, avec des qualités humaines de grande valeur, qui facilite l'action des acteurs, le développement de la réciprocité généralisée, ainsi que le dépassement des intérêts individuels afin d'atteindre des objectifs généraux visant le mieux-être commun.

Grâce à son exemplarité, ses excellentes relations sociales, sa personnalité inspirante, et sa crédibilité professionnelle, l'acteur de changement obtient la confiance des autres acteurs et se positionne en tant que stratège capable de fédérer et de mobiliser les énergies nécessaires autour d'un projet de développement.

En fait, il doit démontrer des habiletés spécifiques et faire preuve d'un niveau de compétences personnelles, managériales et entrepreneuriales très marquées, lui permettant d'innover un projet de développement capable de garantir la cohérence et l'harmonie du Système-3AB.

Ce projet de développement doit être couplé avec les visions et les attentes des différents acteurs. De ce fait, l'acteur de changement doit valoriser l'apport de chaque acteur afin de l'impliquer dans le processus de changement et de faciliter son adaptation à la nouvelle situation.

En ce sens, éveiller le « Vouloir - Devenir », inspirer, motiver et mobiliser semblent être les principaux défis que doit relever un acteur de changement en situation de développement.

Dans cette perspective, **l'engagement des acteurs** dans le projet de développement constitue une condition indispensable pour la réalisation de celui-ci.

Le plus souvent, cet engagement ne peut être généré de l'extérieur puisqu'il prend forme à partir des convictions de la personne, de ses propres valeurs et de sa compréhension de la situation.

L'engagement peut être donc favorisé par la « **responsabilisation** » des acteurs de sorte que chaque acteur développe son « **sens de l'éthique** » et son « **intérêt pour autrui** » afin de participer activement à la performance collective et au bon fonctionnement de la société.

L'engagement s'incarne donc dans les actions des acteurs où le souci de l'autre devient prégnant. Cette volonté d'engagement peut sembler exigeante puisqu'il impose à chaque acteur de sortir de son égoïsme et de développer sa générosité, son altruisme et sa volonté de bien faire.

Finalement, en dépit de l'évolution actuelle des mentalités où les soucis matérialistes dominent notre vie quotidienne, l'engagement se trouve dans nos valeurs profondes qui stimulent nos actions et influent sur nos perceptions et nos interprétations des projets de développement.

V. Conclusion

La compréhension des facteurs critiques qui influencent le succès des projets de développement au Maroc est une étape primordiale dans la planification des futurs projets visant le développement économique, social et humain du pays.

En effet, parler des projets de développement au Maroc suppose des acteurs auxquels les référer. Ces acteurs sont en premier lieu ceux qui développent ces projets de changement, mais aussi tout ceux qui peuvent être concernés par ces projets.

Dans cette perspective, la conception d'un projet de développement doit être couplée avec une prise en compte des visions des différents marocains quels que soient leur âge, leur niveau d'éducation, leur appartenance politique ou leur position sociale.

A cet égard, l'agir-projectif ; le développement du sentiment d'appartenance, de l'esprit de l'engagement et du sens de l'éthique ; la reconnaissance de la compétence professionnelle et le rapprochement des « **Vouloir-Devenir** » des différents acteurs (Institution Royale, Responsables étatiques et Citoyens), s'avèrent les facteurs clés pour la réussite de tous projets de développement futur du Maroc.

Référence

- [1]. LAMAALAM Sadika et EL MENZHI Kaoutar, « Sito-Analyse Des Systèmes-3AB : Cas Du Système Sanitaire Marocain », *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, Volume 18, Issue 5, Ser. 15, pp. 25-51, 2019. URL : <http://iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol18-issue5/Series-15/F1805152551.pdf>

Remerciements

Nous témoignons toute notre gratitude et notre reconnaissance à tous les citoyens marocains, pour l'aide précieuse et inestimable qu'ils nous ont apportée à la réalisation de cette étude.

Nous tenons, tout particulièrement, à témoigner une vive reconnaissance au Professeur Kaoutar El Menzhi et au Docteur Jalal Kriem pour nous avoir soutenus tout au long de cette étude.

Sadika Lamaalam. "Le « Vouloir-Devenir » : Une Sito-Analyse Du Système-3AB Sanitaire Marocain en Situation de Changement " *International Journal of Business and Management Invention (IJBMI)*, vol. 08, no. 10, 2019, pp 46-73